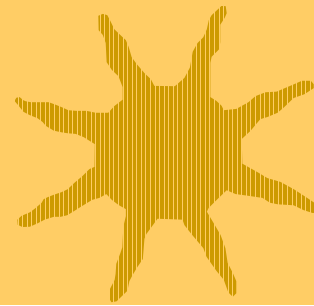
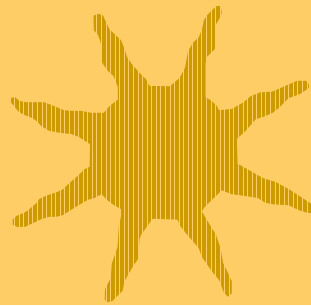
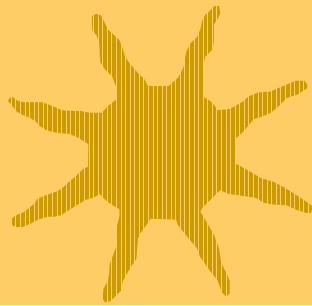


***MASTER IN NURSING
ONCOLOGICO PER
INFERMIERI***

ALESSANDRIA, 1 APRILE 2003

Docente: Dorina Zanardo

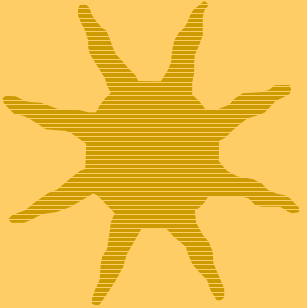
Caposala Chirurgia Generale ad Indirizzo Oncologico
Azienda Ospedaliera “SS Antonio e Biagio e C. Arrigo”
Alessandria



L'ASSISTENZA NEL PERCORSO TERAPEUTICO - CHIRURGICO

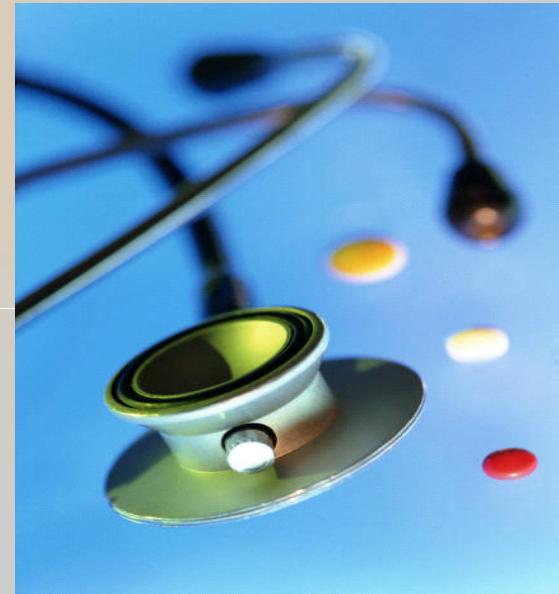


Approccio chirurgico alla malattia neoplastica



E' articolato in più fasi:

- ★ diagnosi (biopsia)
- ★ cura
- ★ palliazione



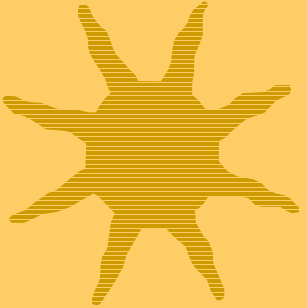


L'evoluzione tecnologica ha consentito:

- ★ Interventi più vari
- ★ Meno traumatizzanti
- ★ Più demolitivi

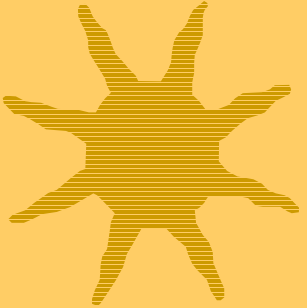
conseguenza:

- ★ Aumento dell'età degli operati
- ★ Numero crescente di demolizioni
- ★ Ardite ricostruzioni





La complessità globale dell'intervento infermieristico è aumentata



★ Numero dei parametri da controllare



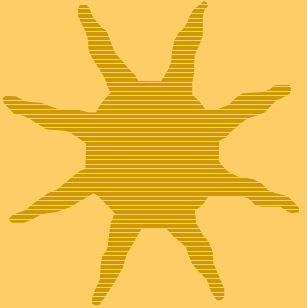
★ Presenza preponderante di pazienti gravi



★ Numero rilevante di consulenze quotidiane
per la multidisciplinarietà del lavoro

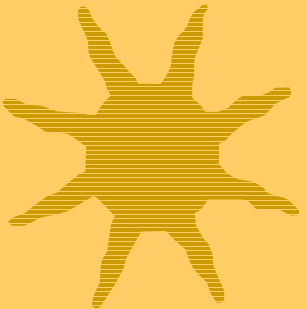


Procedura e protocolli standard in base alla valutazione di:



★ tipologia degli interventi chirurgici

★ Conoscenza delle specifiche
complicanze



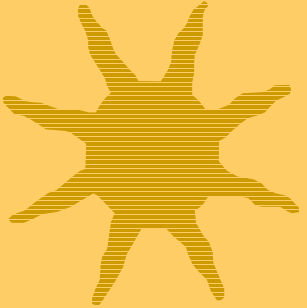
★ identificazione di problemi
assistenziali correlati all'intervento



★ aggiornamento tecnologico per una
migliore qualità dell'assistenza



Piani di assistenza specifici in base a:



★ Iter terapeutico del paziente (chemioterapia e/o radioterapia, 1° o 2° intervento, ecc)



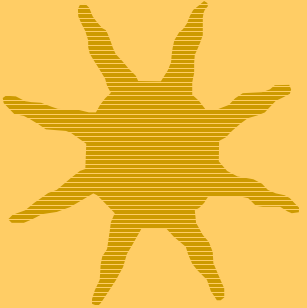
★ Condizioni fisiche del malato (stato nutrizionale, dolore)



★ Disagio del paziente (ansia, aspettative, conoscenza dello stato di malattia e degli esiti dell'intervento chirurgico)

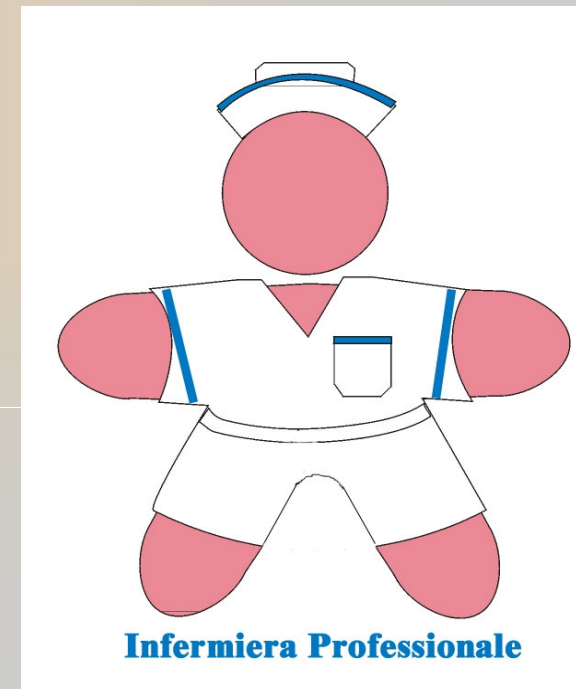


Attività infermieristica



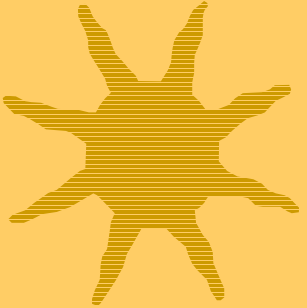
Si articola in diversi momenti:

- ★ Periodo preoperatorio
- ★ Periodo intraoperatorio
- ★ Periodo postoperatorio





1° fase: periodo preoperatorio extra-ospedaliero



★ Esami ematochimici

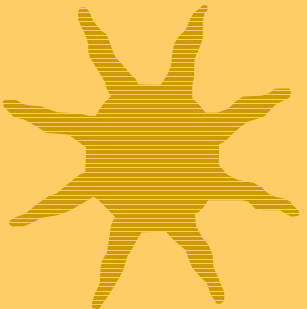
★ Esami radiologici



★ Esami strumentali

★ Valutazione cardiologica

★ Valutazione pneumologica



★ Valutazione clinica anestesiologicala

★ Trattamento radioterapico e/o
chemioterapico



Preoperatorio intraospedaliero



- Accoglienza del paziente

- Controllo della completezza della documentazione relativa all'intervento chirurgico

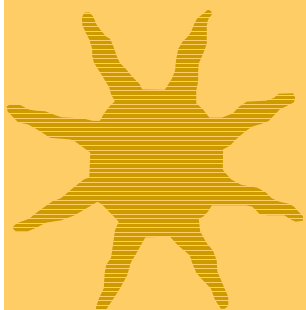
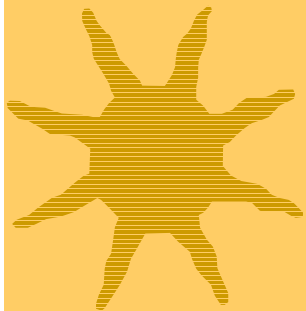
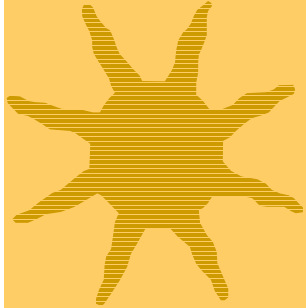


- Controllo della preparazione fisica

- Controllo dello stato nutrizionale



- Controllo della profilassi o della terapia antibiotica



-
- Controllo e verifica dello stato psichico del paziente
 - Ricerca della presenza di sintomi di ansia
 - Riconoscere e affrontare problemi psicologici, culturali, sociali e religiosi
 - Fornire supporto spirituale e morale al paziente e ai familiari



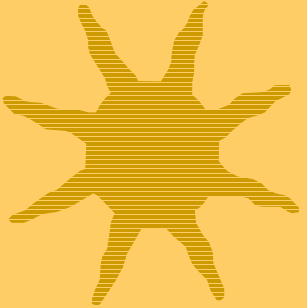
2° fase: intraoperatorio

Il paziente viene accolto al Blocco Operatorio dalla nurse che, insieme al medico anestesista, lo assisterà nelle diverse fasi di induzione, mantenimento della narcosi e risveglio.





3° fase: periodo postoperatorio



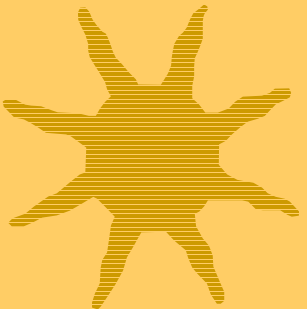
★ Garantire un'assistenza sicura ed efficace nella terapia semintensiva

★ Garantire un ambiente pulito e tranquillo

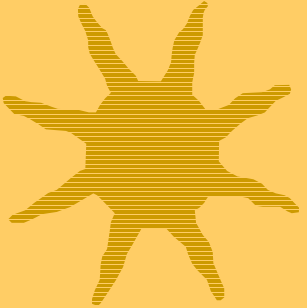


★ Garantire una posizione confortevole e tale da favorire una buona ventilazione

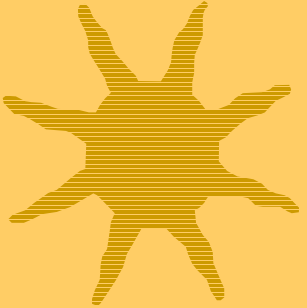
★ Garantire il controllo delle pervietà delle vie aeree e dello stato di coscienza



★ Garantire il controllo della colorazione della cute e delle mani



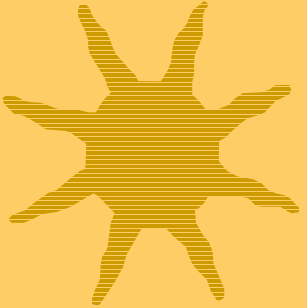
-
- ★ Se necessario, su prescrizione medica si somministra l'ossigeno
 - ★ Provvedere a favorire e mantenere una adeguata funzionalità delle vie respiratorie
 - ★ Provvedere a monitorare un adeguato stato circolatorio



-
- ★ Provvedere al controllo della ferita, dei drenaggi e dell'eventuale stomia
 - ★ Provvedere al controllo della diuresi, del bilancio idroelettrolitico, del grado di coscienza, delle condizioni emodinamiche (FC-PA-PVC, T°)
 - ★ Provvedere e identificare le potenziali complicanze postoperatorie (precoci e tardive)



Complicanze precoci

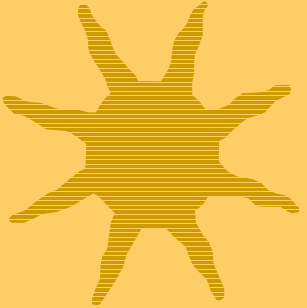


- ★ Shock
- ★ Polmonite “ab ingestis”
- ★ Emorragia
- ★ Ematoma
- ★ Embolia polmonare
- ★ Ritenzione urinaria
- ★ Lesione nervosa periferica
- ★ Dolore eccessivo
- ★ Vomito





Complicanze tardive



★ Complicanze respiratorie

★ TVP

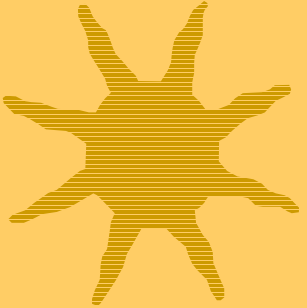


★ Lesioni trofiche

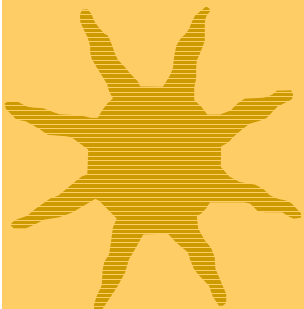
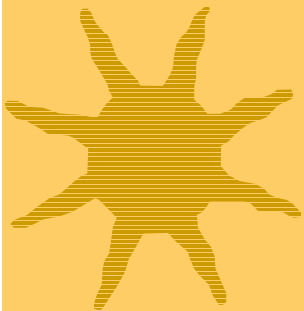
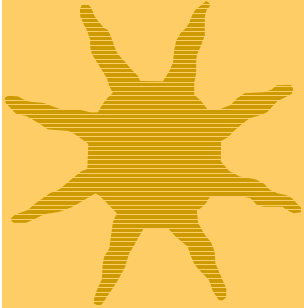
★ Infezione delle vie urinarie



★ Infezione della ferita chirurgica



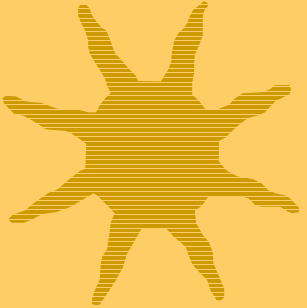
-
- ★ Distensione gastrica
 - ★ Occlusione intestinale
 - ★ Ileo paralitico
 - ★ Emorragia intra o peristomale, edema, ischemia, necrosi della stomia, retrazione, distacco



-
- ★ Fistole intestinali
 - ★ Deiscenza della sutura parietale ed eviscerazione
 - ★ Ulcera da stress
 - ★ Colite pseudo-membranosa



Interventi infermieristici per monitorare le complicanze



★ Mantenere i parametri vitali del paziente (di solito è collegato ad un monitor)



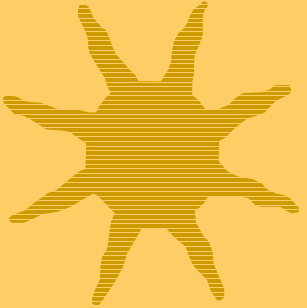
★ Controllare la diuresi

★ Controllare drenaggi e sonde



★ Effettuare una mobilizzazione precoce

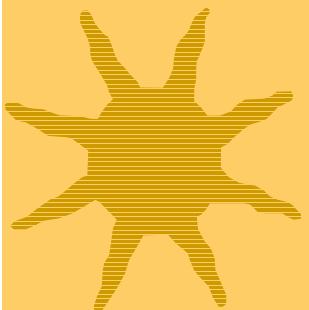
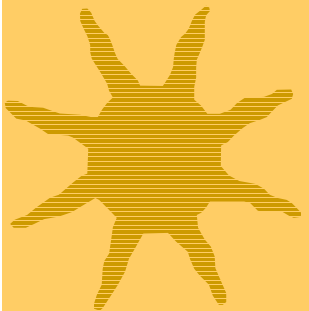
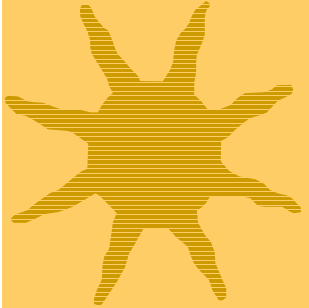
★ Monitorare la ferita chirurgica



-
- ★ Controllare l'alimentazione
 - ★ Controllare la canalizzazione intestinale
 - ★ Controllare il sondino naso-gastrico
 - ★ Monitorare le ore di sonno-riposo
 - ★ Monitorare il livello cognitivo
 - ★ Monitorare anche il concetto di sè



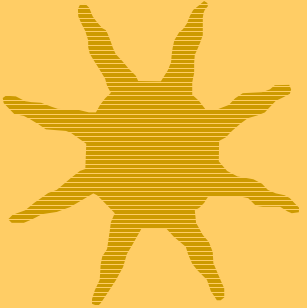
Riabilitazione del paziente sottoposto ad intervento chirurgico



La riabilitazione prevede non solo l'insegnamento di comportamenti o procedure, ma anche educazione sanitaria. Quest'ultima inizia già nella fase preoperatoria e viene attuata da tutti gli operatori sanitari che si mettono in relazione con il paziente.



Fase di dimissione del paziente



I pazienti neoplastici e i loro cari si trovano davanti a numerosi problemi e sfide che sarà più semplice risolvere disponendo di informazioni utili date da:



- ★ Medici
- ★ Personale infermieristico
- ★ Membri dell'equipe di assistenza
- ★ Psicologo
- ★ Assistente sociale
- ★ Assistente religioso
- ★ Gruppi di auto-aiuto





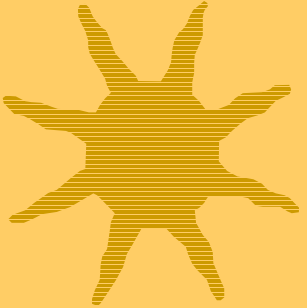
Riabilitazione del paziente stomizzato

Ha lo scopo di rendere autonomo il paziente e indurlo a compiere tutte quelle azioni rivolte alla cura della sua persona, al mantenimento della salute e allo svolgimento della vita quotidiana.





Piano di dimissione del paziente stomizzato



Documentare che il paziente e i familiari dimostrano di aver compreso:



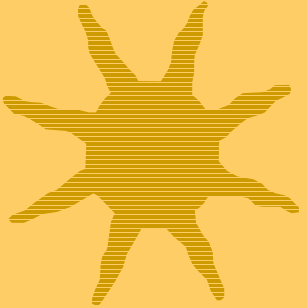
★ La ragione della colostomia sulla funzione intestinale



★ Le caratteristiche e la funzione della stomia

★ La procedura per lo svuotamento e il cambio del sacchetto. La cura della cute peristomale

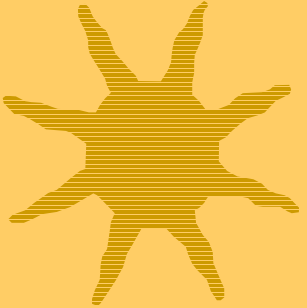
★ La procedura per l'irrigazione



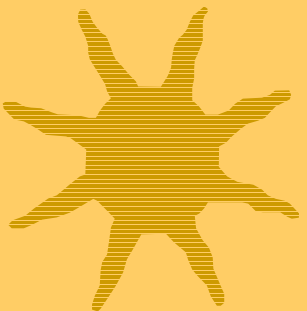
-
- ★ Il controllo della flatulenza e del cattivo odore
 - ★ La gestione della diarrea e della stitichezza
 - ★ Quali risorse di sostegno sono disponibili nel territorio
 - ★ Come procurarsi il necessario per la cura della colostomia
 - ★ Le raccomandazioni riguardanti la ripresa dello stile di vita preoperatorio



Accessi venosi centralizzati

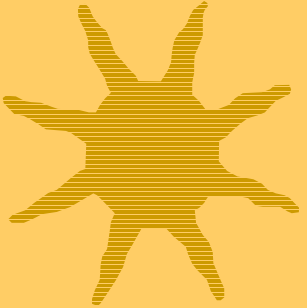


La messa a dimora di Cateteri Venosi Centrali (CVC) rappresenta al giorno d'oggi un supporto indispensabile nella pratica medica.





Indicazioni all'accesso venoso centrale a lungo termine



★ Cicli di chemioterapia

★ Nutrizione parenterale a lungo termine



★ Terapia endovenosa a tempo indefinito



★ Accesso venoso cronico per emodialisi o emaferesi

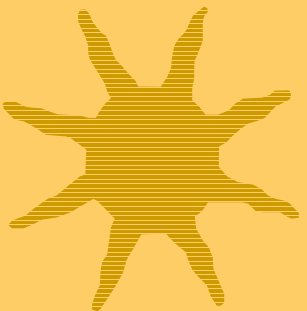
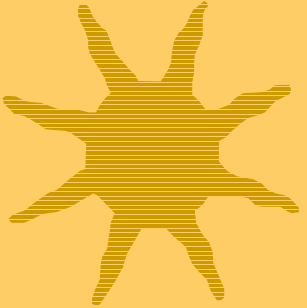
★ Indicazioni multiple (es. AIDS)



SCELTA DEL SISTEMA: Port VS cateteri esterni

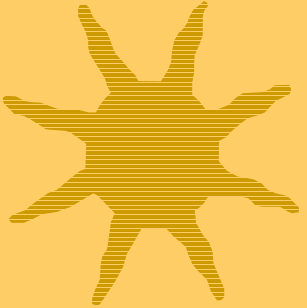
Criteri di scelta:

- ★ Indicazione (chemioterapia – nutrizione)
- ★ Accesso venoso (discontinuo – continuo)
- ★ Compliance del paziente
- ★ Età, patologia, prognosi e condizioni generali
- ★ Esperienza dello staff medico-infermieristico
- ★ Uso domiciliare/ambulatoriale/in ricovero

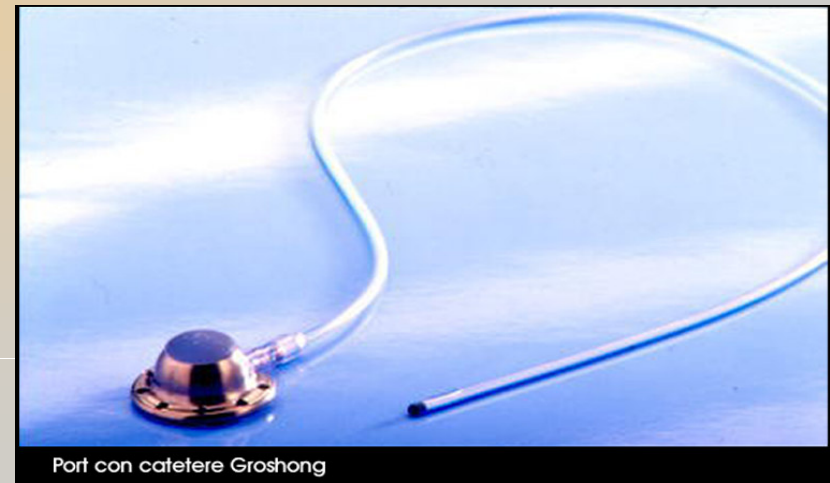




Sistemi totalmente impiantabili



Sono costituiti da due componenti fondamentali: il reservoir o port, impiantato sotto cute, e il catetere venoso centrale.

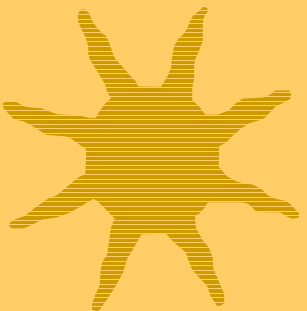
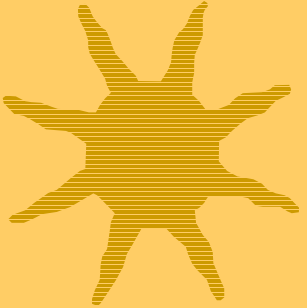


Port con catetere Groshong

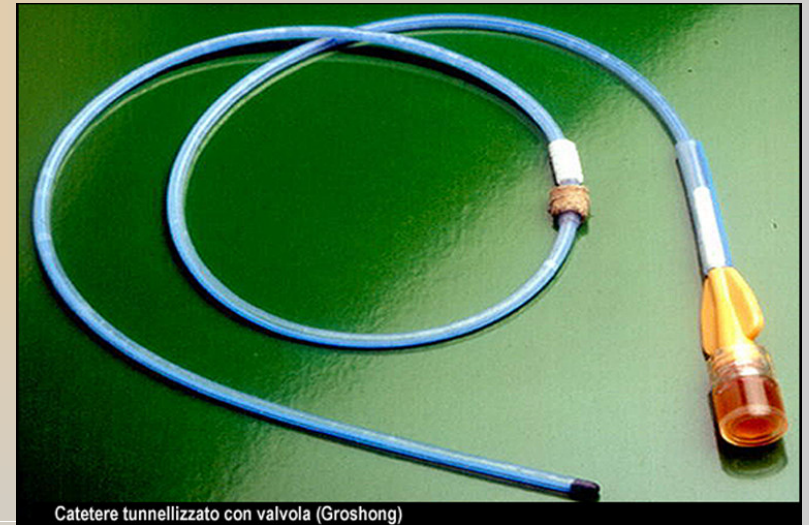




Sistema totalmente impiantabile



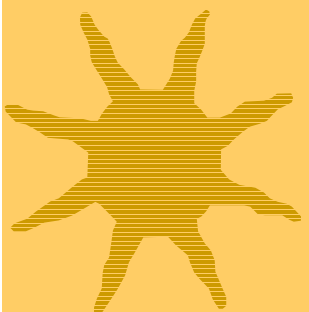
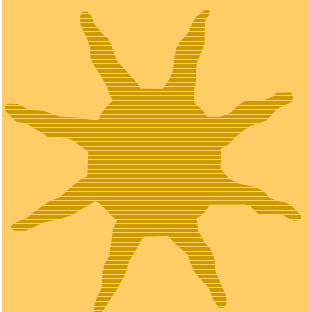
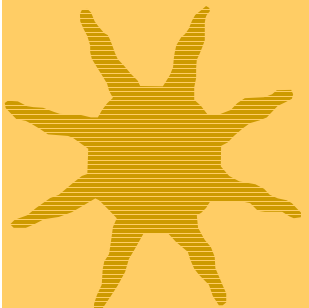
A destra, Groshong
costituito dal solo
CVC che può
fuoriuscire dalla
cute.



Catetere tunnellizzato con valvola (Groshong)



Catetere ad inserimento periferico



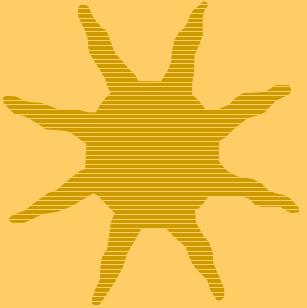
Somministrazione a medio termine



Catetere non tunnellizzato Groshong PICC (catetere centrale ad inserzione periferica)



Complicanze immediate alla manovra dell'impianto



★ Puntura arteriosa accidentale

★ Tentativi ripetuti/insuccesso



★ PNX

★ Aritmia (guida metallica)

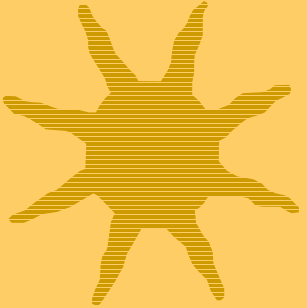
★ Embolia gassosa



★ Malposizione



Complicanze precoci (24-48h dopo impianto)



★ Complicanze di superficie (rare)

- Ematoma in sede di venipuntura
- Ematoma in sede di tunnelizzazione
- Ematoma nella tasca di reservoir



★ Dolore locale

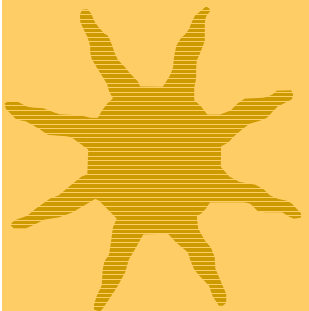
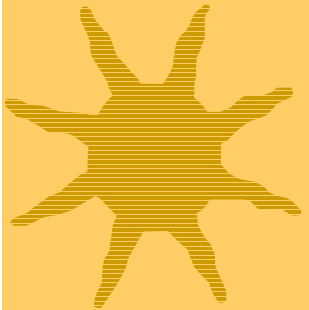
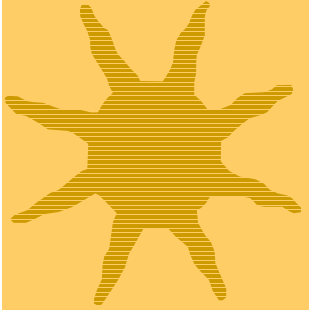
- in sede di venipuntura e/o a distanza



★ Infezione precoce di tunnel/tasca



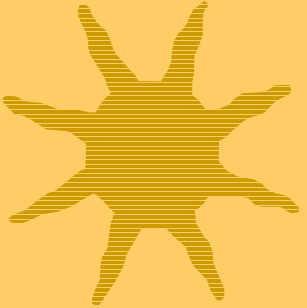
Complicanze precoci (24-48h dopo impianto)



Ematoma nella tasca del reservoir, dopo apposizione di port in regione sottoclaveare



Complicanze precoci (24-48h dopo impianto)



★ Complicanze intratoraciche

- emotorace
- “infusothorax”
- tamponamento cardiaco
- “delayed” pneumotorace





Complicanze tardive



★ Infezione



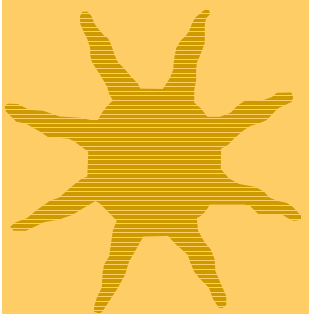
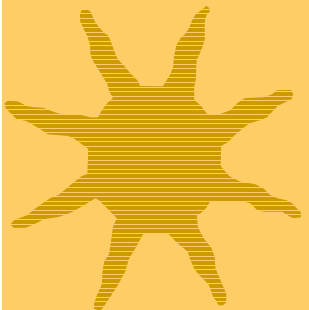
★ Ostruzione del sistema



★ Trombosi venosa



Complicanze tardive



Suppurazione della tasca del reservoir



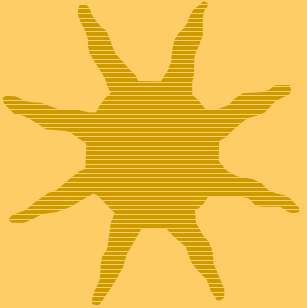
ABBI (Advanced Breast Biospy Instrumentation)

- ★ Strumento per procedure diagnostiche mammarie invasive con stereotassi prona





LA VIDEOLAPAROSCOPIA



Una percentuale sempre maggiore di interventi viene eseguita in videolaparoscopia.

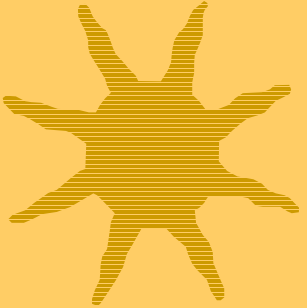


Lo strumentario è del tutto diverso da quello tradizionale: è manovrato sotto controllo visivo indiretto mediante telecamera che consente di visualizzare l'intero addome.





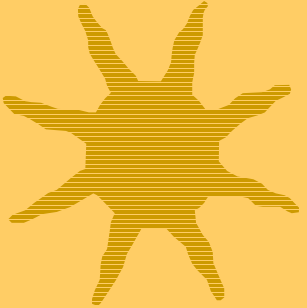
Vantaggi



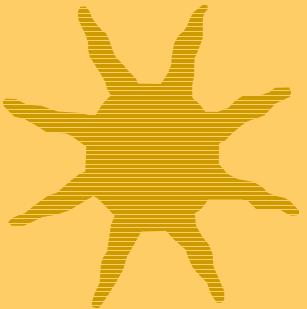
- ★ Ridotta invasività con conseguente minor dolore postoperatorio
- ★ Recupero in tempi più brevi della propria autonomia
- ★ Rapida ripresa della funzione intestinale
- ★ Rapida mobilizzazione
- ★ Trauma chirurgico con ridotti effetti sistemici (depressioni immunitarie)
- ★ Assenza di aderenze intraddominali
- ★ Degenza ospedaliera più breve
- ★ Migliore risultato estetico
- ★ Scomparsa delle complicanze post-laparatomia (infezioni ed ematomi di ferita, laparocele)



Svantaggi



- ★ Necessità di convertire l'intervento alla tecnica aperta per difficoltà anatomiche, precedenti chirurgici, complicanze intraoperatorie non controllabili in VLS



- ★ Campo di applicazione limitato ad alcuni tipi di intervento

- ★ Sospetta diffusione rapida intraddominale di metastasi



- ★ Sempre anestesia generale